

SPECIAAL REGLEMENT  
ONGEVALLENVERZEKERING  
PGZ - 2

**Uitsluitend van kracht in combinatie met het ALGEMEEN REGLEMENT**

**Artikel 20. Ongeval**

Onder ongeval wordt verstaan een plotselinge van buiten komende onvrijwillige geweldsinwerking op het lichaam van verzekerde, met als rechtstreeks gevolg geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel of de dood.

Onder ongeval wordt tevens verstaan:

1. bloedvergiftiging en wondinfectie in verband met een ongeval;
2. acute vergiftiging ontstaan door gassen en (vloeistoffen), met uitzondering van genees-, genot- of verdovende middelen, tenzij gebruikt bij medische behandeling, noodzakelijk in verband met een gedekt ongeval;
3. het onvrijwillig binnenkrijgen van vreemde voorwerpen;
4. besmetting en/of vergiftiging van bacteriële aard, uitsluitend in geval van:
  - een onvrijwillige val in enige vaste of vloeibare stof;
  - normale verzorging van het toilet;
5. verstuiking, ontwrichting, spierverrekking, en -verscheuring; zonnesteek, bevroering, verbranding, verstikking, verdrinking, blikseminslag of andere elektrische ontlading. Ongevallen ontstaan door aardbeving, overstroming of vulkanische uitbarsting; één en ander in afwijking van het Algemeen Reglement;
7. verhogering, verdorsting en uitputting, als gevolg van onvrijwillige afzondering van de buitenwereld door een onvoorziene gebeurtenis;
8. de gevolgen van fouten bij medische behandeling in verband met een ongeval;
9. (uitsluitend als uitkering/vergoeding onder de rubrieken C: Tijdelijke Ongeschiktheid en D: Geneeskundige behandeling en verpleging): lendenspit (lumbago), peesschedeontsteking (tendovaginitis crepitans), zweeps slag (coup de fouet), huidletsel ontstaan door wrijving. De uitkering voor rubriek C bedraagt maximaal eenentwintig dagen en die voor rubriek D tien procent (10%) van het voor deze rubriek verzekerd bedrag;
10. de navolgende beroepsziekten: aandoening door inwerking van kunstmeststoffen en van middelen tot bestrijding van de verwekkers van plantenziekten, tot bestrijding van onkruiden of tot bestrijding en afweer van schadelijk gedierte, alsmede miltvuur, trichopatie, ziekte van Bang, sarcoptes, schurft, bollenschurft, silicose.

**Artikel 21. Verzekerde**

Verzekerde is degene op wie de verzekering betrekking heeft.

**Artikel 22. Verzekeringsgebied**

De verzekering is van kracht in de gehele wereld.

**Artikel 23. Uitkeringen**

**23.1. Overlijden (rubriek A)**

In geval van overlijden van verzekerde tengevolge van een ongeval keert de maatschappij het in de polis vermelde bedrag uit, verminderd met het bedrag van een eventuele, ter zake van hetzelfde ongeval verleende, invaliditeitsuitkering. Indien het uitgekeerde bedrag voor invaliditeit hoger is dan het uitkeringsbedrag voor overlijden, zal de maatschappij het te veel betaalde niet terugvorderen.

**23.2. Invaliditeit (rubriek B)**

In geval van blijvende invaliditeit van een verzekerde tengevolge van een ongeval keert de maatschappij het in de polis

vermelde bedrag of een gedeelte hiervan uit overeenkomstig de hierna vermelde schaal:

<b>amputatie van een:</b>	<b>rechts</b>	<b>links</b>
arm in het schoudergewricht	75%	65%
arm in of boven het ellebooggewricht	70%	60%
hand in of boven het polsgewricht	60%	50%
been in het heupgewricht	70%	70%
been in of boven het kniegewricht	60%	60%
voet in of boven het enkelgewricht	50%	50%
duim	25%	20%
wijsvinger	15%	12%
middelvinger	12%	10%
ringvinger of pink	10%	8%
grote teen	8%	8%
elke andere teen	3%	3%

**geheel of gedeeltelijk verlies van:**

het gezichtsvermogen van één oog	30%
het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
het gehoor van beide oren	50%
het gehoor van één oor	20%
voor organische nerveuze storingen	25%
algehele verlamming	100%

De niet genoemde gevallen worden in verhouding tot die in de schaal vermeld, vastgesteld. Indien getroffen linkshandig is, zullen de in de schaal aangegeven percentages voor de rechter en de linker ledematen gelden voor de linker, resp. rechter ledematen.

Bij gedeeltelijk verlies of gedeeltelijke onbruikbaarheid van de hiervoor genoemde lichaamsdelen, organen of vermogens wordt naar evenredigheid hiervan uitgekeerd. Voor gedeeltelijk verlies van reuk en/of smaak wordt echter geen uitkering verleend. Bij verlies van meer dan één van de genoemde lichaamsdelen, organen of vermogens worden de percentages opgeteld, met dien verstande, dat voor meerdere vingers van één hand niet meer dan zestig procent (60%) en voor alle gevolgen van een ongeval tezamen niet meer dan honderd procent (100%) van het verzekerd bedrag zal worden uitgekeerd.

Indien een reeds bestaande invaliditeit door een ongeval wordt vergroot, zal de uitkering worden gebaseerd op de alsdan optredende invaliditeit, verminderd met het voor het ongeval bestaande invaliditeitspercentage. Bij de vaststelling van een invaliditeitspercentage zal het beroep van verzekerde buiten beschouwing blijven. De invaliditeitsuitkering geschiedt zodra een (gedeeltelijke) blijvende invaliditeit en de graad hiervan vaststaat. Blijvende invaliditeit is aanwezig zodra er een medisch vastgestelde eindtoestand is bereikt.

Indien na beëindiging van de geneeskundige behandeling of na afloop van de in artikel 23.3.4. van dit reglement vermelde termijn blijkt, dat een (gedeeltelijke) blijvende invaliditeit bestaat waarvan de graad evenwel nog niet met zekerheid kan worden vastgesteld, dan keert de maatschappij, wanneer een daguitkering volgens rubriek C is meeverzekerd, voor tijdelijke ongeschiktheid voorlopig verder uit ten hoogste tot het einde van het tweede jaar na het ongeval. Deze voorlopige uitkering wordt in mindering gebracht op het bedrag, dat later uitgekeerd wordt voor (gedeeltelijke) blijvende invaliditeit.

Indien twee jaar na het ongeval nog geen eindtoestand is bereikt, zal worden uitgegaan van de op dat tijdstip bestaande toestand, waarbij redelijkerwijs te voorzien verbetering of verslechtering mede in aanmerking zal worden genomen.

In totaal zal, ongeacht het aantal ongevallen, nooit meer uitgekeerd worden dan het verzekerd bedrag.

### 23.3. Tijdelijke Ongeschiktheid (rubriek C)

1. In geval van tijdelijke ongeschiktheid tot het uitoefenen van de beroepsbezigheden van verzekerde ten gevolge van een ongeval keert de maatschappij de in de polis vermelde daguitkering uit, of een met de mate van arbeidsongeschiktheid overeenkomstig gedeelte.
2. Het in de polis vermelde beroep geldt als maatstaf voor de vaststelling van de hoogte van de arbeidsongeschiktheid. Indien verzekerde geen beroep uitoefent wordt als maatstaf aangenomen een beroep met uitsluitend administratieve bezigheden.
3. De uitkering begint op de dag waarop verzekerde zich onder geneeskundige behandeling stelt, met inachtneming van de in de polis vermelde eigen risicotermijn, welke ingaat op de dag volgend op die waarop verzekerde zich onder geneeskundige behandeling stelt.
4. De uitkering wordt verleend over ten hoogste 365 opeenvolgende dagen na het ongeval, doch eindigt eerder:
  - zodra verzekerde niet meer ongeschikt is tot het volledig verrichten van zijn arbeid en zodra de geneeskundige behandeling is beëindigd;
  - na uitkering wegens blijvende invaliditeit;
  - bij overlijden van verzekerde.
5. De daguitkeringen worden éénmaal per maand uitbetaald.
6. Indien verzekerde ondanks een ongeval geschikt is zijn arbeid te verrichten, maar wel geneeskundige behandeling nodig heeft, vergoedt de maatschappij de kosten van geneeskundige behandeling en verpleging, als omschreven in artikel 23.4. van dit reglement - ongeacht of deze rubriek is meeverzekerd - tot ten hoogste het verzekerd bedrag voor rubriek C en het aantal dagen, dat de behandeling duurt, echter tot ten hoogste 365 dagen na het ongeval.
7. Bij het samenvallen van verschillende ongevallen die voor verzekerde een uitkering opleveren, wordt slechts uitkering verleend alsof het één en hetzelfde ongeval betreft.

### 23.4. Geneeskundige behandeling en verpleging (rubriek D)

De maatschappij vergoedt tot ten hoogste het in de polis vermelde verzekerd bedrag de kosten van geneeskundige behandeling en verpleging, zoals nader omschreven, welke tengevolge van een ongeval binnen 365 dagen na het ongeval medisch en redelijk noodzakelijk zijn gemaakt. Onder de genoemde kosten worden verstaan:  
honoraria van artsen, kosten van voorgeschreven behandeling, röntgenfoto's, operaties, medicamenten en geneesmiddelen en kosten van noodzakelijk vervoer naar en van de arts of ziekenhuis, kosten voor onderzoek en verpleging in een ziekenhuis, alsmede kosten voor aanschaffing van tengevolge van het ongeval noodzakelijke prothesen. De kosten worden betaald na ontvangst van de originele gespecificeerde nota's, mits inzending hiervan geschiedt binnen 365 dagen nadat de kosten zijn gemaakt.

### 23.5. Begunstiging

1. In geval van overlijden wordt de uitkering gedaan aan de in de polis vermelde rechthebbende(n) of bij ontbreken hiervan aan de wettige erfgenamen van verzekerde, waartoe niet gerekend worden de Staat der Nederlanden en de schuldeisers, voorzover deze laatste geen erfgenamen zijn.
2. In geval van invaliditeit, tijdelijke ongeschiktheid of geneeskundige behandeling en verpleging worden de uitkeringen of de kosten gedaan resp. vergoed aan de verzekerde.

## Artikel 24. Uitsluitingen

Naast de in het Algemeen Reglement genoemde uitsluitingen zijn van de verzekering uitgesloten ongevallen ontstaan:

### 24.1. Alcohol

doordat verzekerde zich vrijwillig door gebruik van alcohol of andere genot- of bedwelmende middelen in een toestand heeft gebracht, waardoor het ongevallenrisico kennelijk werd verzaamd;

### 24.2. Vechtpartij, waagstuk, misdrijf

gedurende een vechtpartij of waagstuk, tenzij noodzakelijk als rechtmatige zelfverdediging, voor de uitoefening van het beroep of bij pogingen tot redding van personen, dieren of goederen of bij afwering van dreigend gevaar. Ook ongevallen ontstaan tijdens deelname aan een misdrijf of poging daartoe zijn van de verzekering uitgesloten;

### 24.3. Motorrijwiel, scooter

tijdens gebruik als bestuurder of passagier van een motorrijwiel of scooter met een cilinderinhoud van meer dan 50 cc, tenzij uitdrukkelijk anders vermeld in de polis;

### 24.4. Sporten

1. tijdens het beoefenen van sport als (neven-)beroep;
2. tijdens het beoefenen - ook als amateur - van de hierna vermelde sporten: vechtsporten, rugby, bobsledrijden, skeleton, sport- en zweefvliegen, luchtballonvaren, parachutespringen, ijshockey, deelname aan en voorbereiding op ski- en snelheidswedstrijden en aan recordpogingen met motorrijtuigen/-vaartuigen, paarden of rijwielen, alsmede in geval van deelname aan schansspringen en (ski-)bergtochten, tenzij op wegen en terreinen die ook voor onge oefenden zonder gevaar begaanbaar zijn;

### 24.5. Luchtvaartuigen

die verband houden met het gebruik van een luchtvaartuig, anders dan als passagier;

### 24.6. Houtbewerking

tijdens beroepsmatig gebruik van houtbewerkingsmachines, tenzij uitdrukkelijk anders vermeld in de polis;

### 24.7. Bestaande afwijkingen

door een gebrekkige gezondheidstoestand dan wel geestelijke of lichamelijke afwijking van de verzekerde, tenzij deze voortvloeien uit een eerder gedekt ongeval, alsmede de verzwaaring resp. de verergering van de gevolgen van een ongeval door deze afwijkingen en andere omstandigheden (zwangerschap, nalatigheid in het raadplegen van een arts, door een aan eigen toedoen van verzekerde te wijten slechte verpleging of ondeskundige behandeling en dergelijke). Tenzij anders werd overeengekomen geldt steeds als maatstaf voor de uitkering het gevolg van het ongeval voor iemand, die vóór het ongeval in normale ongerepte lichamelijke en geestelijke conditie verkeerde;

### 24.8. Operatie, bestraling

door of in verband met operatie, bestraling of andere behandeling, al dan niet medisch, welke geen verband houdt met een ongeval in de zin van dit reglement.

De uitsluiting genoemd onder artikel 24.1. geldt niet voor de verzekerde die aantoonbaar dat de daarin bedoelde omstandigheid zich buiten zijn weten en tegen zijn wil heeft voorgedaan en dat hem ter zake van de omstandigheid in redelijkheid geen verwijt treft.

## Artikel 25. Risicowijziging

Verzekerde is verplicht wijzigingen ten opzichte van de oorspronkelijke opgave in het ongevallenrisico direct aan de maatschappij te melden. In geval van vermindering van het risico vindt er een premieverlaging plaats, waarbij vanaf het tijdstip van kennisgeving het verschil in premie aan verzekeringsnemer wordt gerestitueerd. Is het risico door de wijziging verzaamd, dan zal de maatschappij premie en/of voorwaarden dienovereenkomstig aanpassen of zelfs, indien de maatschappij het gewijzigde risico niet wenst te accepteren, de verzekering beëindigen vanaf het tijdstip van kennisgeving, waarbij in geval van beëindiging de onverdiende premie wordt gerestitueerd. Heeft verzekerde de verzwaaring van het risico niet tijdig gemeld, dan blijft het risico van de maatschappij beperkt tot die ongevallen en ongevalsegevolgen, die niet aan de gewijzigde omstandigheden zijn toe te schrijven.

## Artikel 26. Verplichtingen na ongeval

In afwijking van het bepaalde in het Algemeen Reglement gelden voor de verzekerde of zijn wettige erfgenamen de volgende verplichtingen:

26.1. *Overlijden*  
Een ongeval met dodelijke afloop moet direct aan de maatschappij worden meegedeeld, waarna alsnog een aanmeldingsformulier moet worden ingezonden. De in het aanmeldingsformulier gestelde vragen moeten zo volledig mogelijk en naar waarheid worden beantwoord. Ieder recht op uitkering vervalt, indien de erven niet tenminste 48 uur voor de begrafenis of crematie aan de maatschappij van het ongeval kennis hebben gegeven en/of desgevraagd geen medewerking verlenen aan alle maatregelen ter vaststelling van de doodsoorzaak.

26.2. *Invaliditeit, tijdelijke ongeschiktheid, geneeskundige behandeling en verpleging*  
Een ongeval met lichamelijk letsel moet zo spoedig mogelijk aan de maatschappij worden gemeld door toezending van een daartoe bestemd aanmeldingsformulier. De in het aanmeldingsformulier gestelde vragen moeten zo volledig mogelijk en naar waarheid worden beantwoord. Verzekerde(n) moet(en) zich zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling stellen en/of zich op verzoek van de maatschappij door haar controlerend arts laten onderzoeken en/of ter observatie of behandeling in een ziekenhuis laten opnemen. Voorts dient verzekerde alle medewerking te verlenen ter bevordering van het herstel. Herstel of beëindiging van de geneeskundige behandeling dient direct aan de maatschappij gemeld te worden. De maatschappij neemt de te late aanmelding alsnog in behandeling, indien ten genoegen van de maatschappij wordt aangetoond, dat:

1. de invaliditeit het uitsluitend gevolg is van het ongeval;
2. de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of abnormale lichaams- of geestesgesteldheid zijn vergroot;
3. de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.

Voorzover meeverzekerd geldt ten aanzien van de rubrieken C en D bovendien, dat in geen geval uitkering resp. vergoeding wordt verleend over het tijdvak dat ligt tussen de datum van het ongeval en de dag volgend op die waarop de maatschappij eerst bericht ontving van het ongeval. Ieder recht op uitkering vervalt evenwel indien de aangifte geschiedt later dan drie jaren na het plaatsvinden van het ongeval.

#### **Artikel 27. Medische commissie/geschillen**

In afwijking van het bepaalde in het Algemeen Reglement geldt, dat geschillen inzake uitkeringen binnen drie maanden, nadat de maatschappij haar standpunt schriftelijk kenbaar heeft gemaakt, worden voorgelegd aan een medische commissie van drie geneesheren, die bindend uitspraak doen. Elke partij wijst en geneesheer aan en deze beide geneesheren benoemen een arbiter-geneesheer. Indien geen overeenstemming wordt bereikt omtrent de keuze van deze arbiter-geneesheer, wordt deze op verzoek van één of beide partijen benoemd door de voorzitter of secretaris van de Kamer van Koophandel te Zwolle naar vrije keuze. De kosten van de eerste twee geneesheren zijn voor rekening van de maatschappij, voorzover de kosten van de geneesheer van de verzekerde die van de maatschappij niet overtreffen. De kosten van de arbiter-geneesheer zijn eveneens voor rekening van de maatschappij, tenzij de arbiter-geneesheer bepaalt, dat deze billijkheidshalve geheel of ten dele voor rekening van verzekerde behoren te komen.

#### **Artikel 28. Einde van de verzekering**

Naast het vermelde in het Algemeen Reglement eindigt deze verzekering eveneens:

- 28.1. *Vijfenzestig-jarige leeftijd*  
automatisch per eerstvolgende pakketvervaldatum van het jaar waarin verzekerde de vijfenzestig-jarige leeftijd bereikt;
- 28.2. *Vestiging buitenland*  
automatisch drie maanden ná de dag waarop de verzekerde zich metterwoon in het buitenland heeft gevestigd. Indien verzekerde hiervan tijdig bericht zendt, verleent de maatschappij restitutie van premie over de nog niet verstrekte verzekeringstermijn;

28.3. *Bedrog*  
direct en zonder restitutie van onverdiende premie, indien verzekerde en/of belanghebbende(n) bedrog plegen;

28.4. *Overlijden*  
automatisch door het overlijden van verzekerde. Indien het overlijden niet het gevolg is van een ongeval wordt de onverdiende premie gerestitueerd;

28.5. *Wegvallen beroep*  
indien rubriek C is vermeld in de polis als verzekerde ophoudt geheel of gedeeltelijk een beroep uit te oefenen, dan wel geheel of gedeeltelijk onder enige verplichte inkomstendervingsverzekering valt. De opzegging heeft dan uitsluitend betrekking op genoemde rubriek C.

### **GEZINSONGEVALLENVERZEKERING**

#### **Artikel 29. Algemeen**

Op deze verzekering zijn van toepassing de artikelen 20, 22, 23.1., 23.2., 24, 25, 26 en 27. Bovendien gelden de volgende bepalingen:

#### **Artikel 30. Verzekerden**

Verzekerden zijn de verzekeringsnemer, de inwonende echtgenote of degene met wie hij duurzaam samenwoont en de bij verzekeringsnemer inwonende of in verband met studie of militaire dienst elders in Nederland verblijvende kinderen, waaronder pleeg-, stief- en geadopteerde kinderen, tot en met 17 jaar dan wel tot en met 26 jaar voor zover voor die kinderen recht bestaat op kinderbijslag of op een uitkering uit hoofde van de Wet Studiefinanciering.

#### **Artikel 31. Tandheelkundige hulp**

Indien een verzekerd kind als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval tandheelkundig moet worden behandeld, vergoedt de maatschappij de kosten van tandheelkundige hulp, mits gemaakt binnen twee jaar na het ongeval, tot ten hoogste in de polis vermelde bedragen, voorzover de kosten niet krachtens enige wettelijke of andere voorziening voor vergoeding in aanmerking komen. Hetgeen ten aanzien van Geneeskundige behandeling en verpleging in artikel 26 is vermeld inzake verplichtingen van de verzekerde na een ongeval, geldt eveneens voor de dekking van dit artikel.

#### **Artikel 32. Begunstiging**

Alle uitkeringen geschieden aan de verzekeringsnemer of, wanneer deze is overleden, aan degene met wie hij ten tijde van het overlijden was gehuwd of, indien niet gehuwd zijnde, duurzaam samenwoonde. Bij ontbreken van deze, gelden de wettelijke erfgenamen van verzekeringsnemer als begunstigde. De Staat der Nederlanden en de schuldeisers die geen erfgenamen zijn, kunnen nimmer als begunstigde worden beschouwd.

#### **Artikel 33. Einde van de verzekering c.q. dekking**

Naast het vermelde in het Algemeen Reglement gelden de volgende bepalingen:

33.1. *Samenstelling volwassenen*  
De verzekeringsnemer heeft het recht de verzekering te beëindigen per eerstvolgende pakketvervaldatum, volgend op de dag waarop in de samenstelling van de verzekerde volwassenen verandering is gekomen.

33.2. *Bedrog*  
De verzekering eindigt direct, indien verzekerde(n) en/of belanghebbende(n) bedrog plegen. In dat geval vindt geen restitutie van onverdiende premie plaats.

33.3.1. *Volwassenen*  
De verzekering eindigt op de eerstvolgende pakketvervaldatum nadat de verzekerde de leeftijd van vijfenzestig jaar heeft bereikt.

33.3.2. *Kinderen*  
De verzekering eindigt op de eerstvolgende pakketvervaldatum nadat het kind de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Indien voor het kind recht bestaat op kinderbijslag of een uitkering

uit hoofde van de Wet Studiefinanciering eindigt de verzekering op de eerstvolgende pakketdatum nadat het kind de leeftijd van 27 jaar heeft bereikt.

**33.4. Vestiging buitenland**

De verzekering eindigt automatisch na drie maanden ná de dag waarop de verzekerde zich metterwoon in het buitenland heeft gevestigd. Indien hiervan tijdig is kennisgegeven en voornoemde wijziging tevens een verlaging van de premie met zich meebrengt, dan verleent de maatschappij restitutie van het verschil in premie over de nog niet verstreken verzekeringstermijn.

**33.5. Overlijden**

De verzekering eindigt automatisch door het overlijden van de verzekerde. Heeft dit overlijden tevens een verlaging van de premie tot gevolg, dan verleent de maatschappij restitutie van het verschil in premie over de nog niet verstreken verzekeringstermijn.

**Toepasselijk recht**

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

**Klachten**

Klachten die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunt u voorleggen aan de directeur van N.V. Univé Schade, Postbus 15, 9400 AA Assen.

Wanneer het oordeel van de maatschappij voor u niet bevredigend is, kunt u zich wenden tot de Stichting Klachteninstituut Verzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Wanneer u geen gebruik wilt maken van de klachtenbehandelingsmogelijkheden binnen de bedrijfstaking, of de behandeling door het klachteninstituut niet bevredigend vindt, kunt u het geschil voorleggen aan de rechter.